

# Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años

M.V. Zunzunegui Pastor<sup>a</sup>, A. Rodríguez-Laso<sup>b</sup>, M.J. García de Yébenes<sup>b</sup>, M.D. Aguilar Conesa<sup>a</sup>, P. Lázaro y de Mercado<sup>a</sup> y A. Otero Puime<sup>b</sup>

**Objetivos.** Estimar la prevalencia de la incontinencia urinaria e identificar los factores asociados en una población de personas mayores que viven en sus domicilios.

**Diseño.** Encuesta poblacional.

**Emplazamiento.** Leganés (Madrid).

**Participantes.** Muestra representativa de las personas mayores de 65 años empadronadas en Leganés (n = 1.560). Se realizaron dos entrevistas en el domicilio, y durante la segunda se incluyó un examen médico. La tasa de respuesta fue del 75% (n = 1.150).

**Mediciones principales.** Frecuencia de pérdidas involuntarias de orina y utilización de fármacos y absorbentes, estado de salud, uso de diuréticos y oxibutinina y variables demográficas y sociales.

**Resultados.** La prevalencia de incontinencia urinaria fue del 14% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 11-17) en varones y 30% (IC del 95%, 26-34) en mujeres. La edad avanzada está asociada a una mayor prevalencia en los varones pero no en las mujeres. En el análisis multivariado, los factores asociados a la incontinencia urinaria son la comorbilidad y el déficit cognitivo; en las mujeres se añaden, además, el índice de masa corporal elevado y las limitaciones graves de movilidad. El 20% de las mujeres y el 5% de los varones mayores de 65 años utilizan absorbentes. La utilización de diuréticos y el bajo número de pacientes con tratamiento específico en personas con incontinencia urinaria sugieren una baja detección de este problema.

**Conclusiones.** La incontinencia urinaria es frecuente y podría ser mejor detectada y tratada en la atención primaria. La prevención de la incontinencia urinaria en las mujeres debería comenzar antes de la vejez.

**Palabras clave:** Incontinencia urinaria. Prevalencia. Envejecimiento.

## PREVALENCE OF URINARY INCONTINENCE AND LINKED FACTORS IN MEN AND WOMEN OVER 65

**Objectives.** To calculate the prevalence of urinary incontinence and to identify linked factors in a population of elderly people living in their homes.

**Design.** Population survey.

**Setting.** Leganés (Madrid).

**Participants.** Representative sample of people over 65 registered in Leganés (n=1560). Two interviews at home were conducted. The second interview included a medical examination. The reply rate was 75% (n=1150).

**Main measurements.** Frequency of involuntary losses of urine and use of medication and absorbents, health status, use of diuretics and oxybutinin, and demographic and social variables.

**Results.** The prevalence of urinary incontinence was 14% (95% CI, 11%-17%) in men and 30% (95% CI, 26%-34%) in women. Advanced age was associated with greater prevalence in men but not in women. In the multivariate analysis, factors associated with urinary incontinence were comorbidity and cognitive deficit. In addition, in women, high Body Mass Index and seriously limited movement were added factors. 20% of women and 5% of men over 65 used absorbents. The use of diuretics and the low number of patients receiving specific treatment for urinary incontinence suggested that there was low detection of this problem.

**Conclusions.** Urinary incontinence is common and could be better detected and treated in primary care. Prevention of urinary incontinence in women should begin before old age.

**Key words:** Urinary incontinence. Prevalence. Ageing.

<sup>a</sup>TAISS, Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud. Madrid. España.

<sup>b</sup>Centro Universitario de Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Correspondencia:  
María Victoria Zunzunegui.  
TAISS.  
Cambrils, 41-2.  
28034 Madrid. España.  
Correo electrónico:  
vzunzunegui@taiss.com

Este estudio ha sido parcialmente financiado con una ayuda de la Comunidad de Madrid Ayuda.

Manuscrito recibido el 17 de febrero de 2003.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 12 de mayo de 2003.

## Introducción

La incontinencia urinaria (IU) es frecuente en las personas mayores<sup>1</sup>. Se produce por múltiples mecanismos y su frecuencia es mayor en las mujeres que en los varones<sup>2</sup>. Se asocia con la edad avanzada, la comorbilidad, los problemas urinarios y neurológicos y las limitaciones funcionales<sup>2,3</sup>.

La IU tiene consecuencias para la salud y costes sociales. Las personas con IU tienen un alto riesgo de presentar infecciones urinarias, escaras, problemas dermatológicos y alteraciones del sueño. Restringen su vida social y aumentan su dependencia en las actividades de la vida diaria<sup>4,5</sup>. La IU de la persona cuidada es uno de los factores significativamente asociados a la persistencia de la depresión del cuidador principal<sup>6</sup>. También hay costes económicos. Se ha calculado que una persona con incontinencia se gasta 1.000 euros anuales sólo en absorbentes, sin tener en cuenta otros productos necesarios para el cuidado de la piel<sup>4</sup>.

En los últimos años se han publicado al menos tres trabajos sobre la prevalencia de la IU en la población mayor española con resultados muy distintos<sup>7-9</sup>.

El propósito de este estudio es documentar la prevalencia poblacional de la IU y su manejo farmacológico en una muestra representativa de la población mayor de 65 años e identificar las asociaciones con el estado de salud que puedan dar claves sobre su prevención y manejo clínico en la atención primaria.

## Material y métodos

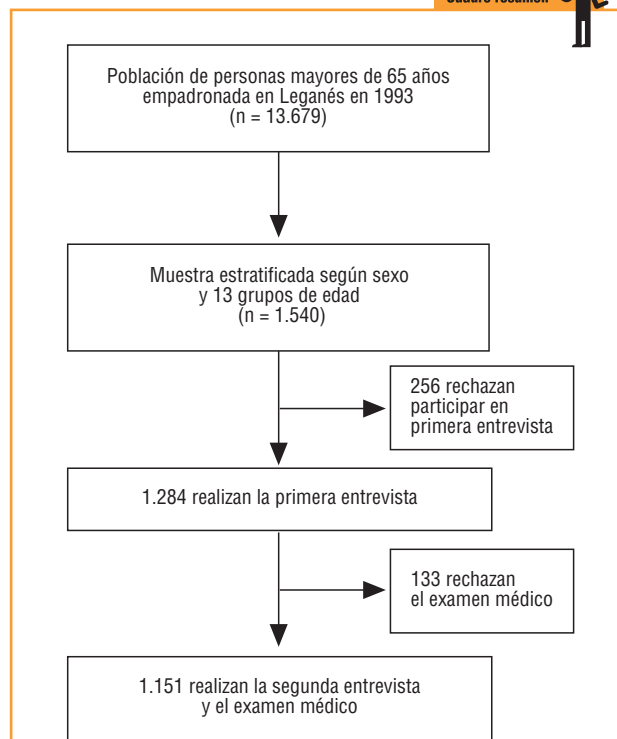
### Población y muestra

Los datos proceden del estudio longitudinal «Envejecer en Leganés», diseñado para evaluar el papel del apoyo social en el mantenimiento de la salud y el funcionamiento de una población mayor de 65 años que vive en su domicilio<sup>10</sup>. Leganés es una ciudad en la corona urbana de Madrid que en 1993 contaba con 171.400 habitantes, el 8% mayores de 65 años. La muestra se seleccionó del padrón municipal, estratificada en grupos de 2 años de edad (65-66, 67-68, 69-70... 89 y más) y por sexos. La muestra era representativa de la población mayor de Leganés y, en cierta medida, de la población española mayor de 65 años. La distribución de la muestra en edad, sexo, nivel de instrucción y estado civil es similar a la de la población mayor española de la Encuesta Nacional de Salud de 1987. Los datos se obtuvieron durante dos visitas a domicilio y un examen médico llevado a cabo en la segunda visita. La proporción de respuesta a la primera entrevista fue del 83%, y el 91% de ellos accedieron a participar en el examen médico. La metodología de la encuesta se ha descrito en otros artículos<sup>10,11</sup>. En este trabajo se utilizan los datos de 1993, correspondientes a los 1.151 individuos que completaron el cuestionario sobre incontinencia que formaba parte del examen médico de la segunda visita al domicilio.

### Medida de la incontinencia urinaria

Se hicieron dos preguntas: a) ¿tiene pérdidas involuntarias de orina?, y b) ¿con qué frecuencia le ocurre, menos de una vez por

### Material y métodos Cuadro resumen



### Esquema general del estudio

Estudio transversal de prevalencia en una muestra representativa de la población mayor de 65 años de Leganés (Madrid).

semana, una vez por semana, varias veces por semana, una vez al día o varias veces al día? También se preguntó por la utilización de absorbentes.

**Medida de factores asociados.** Se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores de salud identificados en la bibliografía como factores de riesgo o consecuencias de la incontinencia<sup>1,3,4,12,13</sup>: a) comorbilidad, calculada como la suma de respuestas positivas a preguntas sobre historia de hipertensión, enfermedad de corazón, diabetes, enfermedades circulatorias, accidente cerebrovascular, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, trastorno mental o demencia, Parkinson, glaucoma, cataratas, diabetes nerviosas y enfermedades del aparato genitourinario; b) salud percibida (1 = muy buena, 2 = buena, 3 = regular, 4 = mala, 5 = muy mala); c) sintomatología depresiva (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D] con rango de 0 a 60)<sup>14</sup>; d) déficit cognitivo (Pruebas Cognitivas de Leganés, con rango de 0 a 32)<sup>15</sup>; e) limitaciones de movilidad (Escala de Nagi con cuatro ítems, según dificultad, ninguna, ligera, grave)<sup>16</sup>. Se midió la estatura y se preguntó el peso. Se calculó el índice de masa corporal (IMC) (peso/estatura × 2). La paridad de las mujeres se aproximó con el número de hijos. La edad se agrupó en intervalos de 5 años. Se registraron todos los medicamentos utilizados pidiendo que se mostraran al entrevistador. Los me-

**TABLA 1** Indicadores de salud de la población de Leganés mayor de 65 años según sexo (n = 1.151)

	Varones (n = 584)	Mujeres (n = 567)	p*
Índice de masa corporal	26,38 ± 3,88	28,15 ± 3,88	< 0,001
Número de trastornos crónicos	2,56 ± 0,94	2,99 ± 0,92	< 0,001
Limitaciones de movilidad (%)			< 0,001
Ninguna	34,9	16,5	
Ligera	51,5	58,3	
Grave	13,6	25,2	
Función cognitiva	23,02 ± 7,14	22,24 ± 7,83	0,06
Salud percibida	2,68 ± 0,83	3,05 ± 0,88	< 0,001
Síntomas depresivos			
Escala CES-D	8,33 ± 7,14	14,83 ± 10,66	< 0,001

Los valores se expresan como media ± desviación estándar. Escala CES-D: Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale.

\*Significación estadística de la diferencia entre sexos, controlando por edad.

dicamentos se codificaron según el nombre comercial y los principios activos.

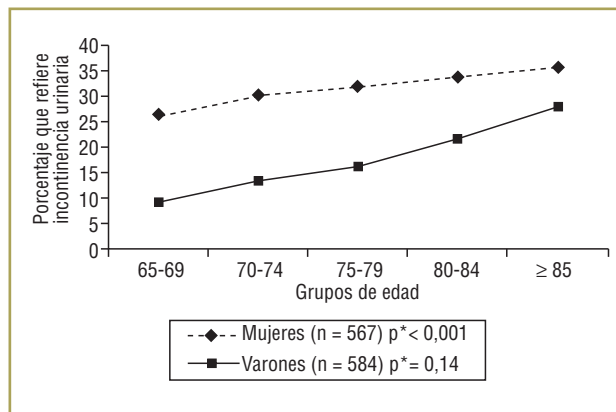
*Análisis estadístico*

Las estimaciones de prevalencia fueron ponderadas según el esquema de muestreo. El análisis se realizó en dos etapas:

1. Se estimó la fuerza de las asociaciones entre la IU y los indicadores de salud, controlando por la edad en modelos de regresión logística.
2. Se incluyeron en el modelo de regresión logística final, la edad y todas las variables significativas en el primer análisis.

**Resultados**

La tabla 1 muestra la distribución de los indicadores de salud según el sexo. Las mujeres presentan una mayor frecuencia de los factores asociados a la incontinencia, incluso controlando por las diferencias de edad. La prevalencia de incontinencia urinaria fue del 14% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 11-17) en los varones y el 30% (IC del 95%, 26-34) en las mujeres. La figura 1 muestra la prevalencia de IU según los grupos de edad y el sexo: las pre-



**FIGURA 1**

Prevalencia de la IU según la edad y el sexo en la población de Leganés (n = 1.151). Datos en porcentajes, ponderados según el esquema de muestreo. \*Test de tendencias.

valencias son más elevadas en mujeres que en varones para cada grupo de edad. Para éstos, la prevalencia de incontinencia aumenta claramente con la edad mientras que para las mujeres este gradiente es poco acusado.

La tabla 2 muestra la frecuencia de incontinencia para los que refieren episodios de pérdidas involuntarias de orina. Se observa que el 71% de los casos en varones y el 88% en mujeres se refieren a pérdidas semanales o diarias.

Estas altas prevalencias de IU explican la elevada utilización de absorbentes: el 4% de los varones y el 20% de las mujeres mayores de 65 años llevan absorbentes. La utilización de absorbentes aumenta claramente con la edad: el 8% de las personas entre 65 y 69 años y el 20% de las personas de 85 y más años llevan absorbentes. La frecuencia de utilización de absorbentes es menor en los varones que en las mujeres: 1,5 y 13,5% para varones y mujeres de 65 a 69 años, y 5,6 y 27,3% para varones y mujeres de 85 y más años, respectivamente.

Las razones de ventaja según la edad para varones y mujeres se presentan en la tabla 3. La edad no es un factor de riesgo para las mujeres mayores de 65 años mientras que la probabilidad de IU en los varones aumenta claramente con la edad, especialmente a partir de los 80 años.

**TABLA 2** Frecuencia de incontinencia urinaria según la edad y el sexo para las personas que refieren pérdidas de orina involuntarias entre la población de Leganés (n = 1.151)

	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	> 85 años	Total	Varones	Mujeres
Menos de una vez por semana	21,1	17,2	14,0	12,2	8,3	15,7	28,4	11,8
Una vez por semana	7,9	6,3	4,0	14,6	8,3	8,2	11,9	6,9
Varias veces por semana	36,8	21,9	20,0	29,3	16,7	25,8	23,9	26,6
Una vez al día	7,9	12,5	12,0	14,6	8,3	10,5	7,5	11,3
Varias veces al día	26,3	42,2	50,0	29,3	58,3	39,7	28,4	43,3

Las cifras expresan porcentajes.

**TABLA 3** Razones de ventajas e intervalos de confianza del 95% de la asociación entre incontinencia urinaria y edad en varones y mujeres de Leganés (n = 1.151)

	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	> 85 años	p
Varones	1,0	1,83 (0,85;3,97)	1,96 (0,90;4,31)	3,32 (1,57;7,07)	4,10 (1,94;8,67)	0,002
Mujeres	1,0	1,3 (0,73;2,33)	1,3 (0,71;2,38)	1,79 (0,92;3,42)	1,03 (0,50;2,13)	0,49

**TABLA 4** Razones de ventaja de las asociaciones entre el estado de salud y la incontinencia urinaria en los varones y las mujeres de Leganés (n = 1.151)<sup>a</sup>

	Razón de ventajas controlando cada variable por la edad		Razón de ventajas en el modelo multivariado	
	Razón de ventajas	IC del 95%	Razón de ventajas	IC del 95%
<b>Varones</b>				
Edad, años				
65-69	1,0			
70-74	1,4	0,62-3,09		
75-79	1,26	0,55-2,86		
80-84	1,81	0,8-4,05		
> 85	1,69	0,74-3,88		
Comorbilidad	1,66	1,29-2,13	1,55	1,19-2,02
Función cognitiva	0,92	0,89-0,95	0,92	0,90-0,95
<b>Mujeres</b>				
Edad, años				
65-69	1,0			
70-74	1,23	0,5-2,31		
75-79	1,20	0,62-2,30		
80-84	1,35	0,64-2,83		
85+	0,56	0,22-1,43		
Comorbilidad	1,64	1,32-2,03	1,55	1,17-2,05
Función cognitiva	0,94	0,91-0,97	0,94	0,90-0,98
Índice de masa corporal	1,05	1,01-1,10	1,05	1,01-1,10
Número de hijos	1,11	1,01-1,23	ns	
Limitaciones de movilidad				
Ninguna	1,0	1,0		
Ligera	1,6	0,88-2,92	0,87	0,44-1,72
Grave	5,21	2,72-9,99	2,55	1,18-5,53

En la tabla 4 se presentan los resultados de los análisis multivariantes. La comorbilidad y una peor función cognitiva están asociadas a la IU en ambos sexos. En las mujeres intervienen, además, otros factores: las limitaciones de movilidad, el sobrepeso y el número de hijos. Sin embargo, el número de hijos pierde su significación estadística en el modelo final. Es posible que su efecto esté mediatizado por el aumento de peso que acompaña con frecuencia a la paridad elevada.

La sintomatología depresiva y la percepción de la salud no están asociadas a la incontinencia ni en el modelo que controla la edad ni en el modelo multivariable. Ante este resultado inesperado y para profundizar en la comprensión de las consecuencias de la IU en la calidad de vida, se realizó un subanálisis de los individuos que tenían completa capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Hemos constatado que las personas sin actividad social (medida por la asistencia al menos mensual a la iglesia, el centro de tercera edad o la plaza) presentaban una prevalencia de IU (29,2%) significativamente mayor (p = 0,02) que los que realizaban alguna de estas actividades (17,8%). Al controlar por los factores asociados a la IU (edad, trastornos crónicos, función cognitiva, limitaciones funcionales e índice de masa corporal), la *odds ratio* (OR) del aislamiento social asociada a la incontinencia urinaria es elevada, 1,75 (IC del 95%, 1,06-2,8), lo que indica una fuerte asociación.

La utilización de fármacos no aconsejables en personas con incontinencia es un indicador indirecto de la detección de la IU por los servicios sanitarios: se ha señalado que un 24,5% de las personas con incontinencia refieren utilizar algún diurético, mientras que sólo el 19,4% de las personas sin incontinencia los toman (p = 0,07). Además el 2,9% (n = 33) de la muestra utiliza oxibutinina, fármaco específico para la incontinencia urinaria. De estas 33 personas que toman oxibutinina, 10 (30%) no refieren episodios de incontinencia. Sólo 2 de las 1.151 personas mayores en este estudio utilizan cloruro de trospio, otro fármaco indicado para la incontinencia urinaria.

## Discusión

La prevalencia de IU en las personas mayores de Leganés es elevada y la gran mayoría de las personas que presentan este problema refieren episodios de IU una o más veces por semana. La edad avanzada no está asociada a la IU cuando se tienen en cuenta la comorbilidad y el déficit cognitivo. Existen al menos tres estudios con metodologías similares en población española: el primero realizado en dos áreas sanitarias de Madrid<sup>7</sup> con prevalencias del 43% para las mujeres y el 24% para los varones mayores de 60 años, el segundo realizado en Cabra (Córdoba)<sup>8</sup> con prevalencias similares (un 42% en mujeres y un 29% en varones en mayores de 65 años) y el tercero realizado en Madrid<sup>9</sup>, con una prevalencia del 15,5% que no difería entre los varones y las mujeres mayores de 65 años. Nuestro estudio, con una

Discusión  
Cuadro resumen



## Lo conocido sobre el tema

- La prevalencia de la IU en las personas mayores es elevada.
- La IU repercute sobre la salud, la calidad de vida y la economía de las personas mayores y sus familias.
- La detección de la IU es deseable para la persona mayor y para su familia, puesto que existen tratamientos eficaces en muchos casos.

## Qué aporta este estudio

- El 14% de los varones y el 30% de las mujeres mayores en Leganés tienen IU, y una de cada 5 mujeres lleva absorbentes.
- Después de los 65 años, la frecuencia de IU aumenta con la edad en los varones, pero no en las mujeres. Una de cada 4 mujeres presenta ya IU a los 65 años.
- La IU está relacionada con la comorbilidad y el déficit cognitivo. Además, en las mujeres, las limitaciones de movilidad y el sobrepeso influyen en la probabilidad de presentar IU.
- La IU no está bien detectada ni tratada en la atención primaria.

prevalencia del 30% en mujeres y el 14% en varones, obtiene resultados intermedios y algo superiores a los de un reciente estudio realizado en Véneto (Italia), con prevalencias del 22% en las mujeres y el 11% en varones<sup>4</sup>.

La IU en mujeres queda determinada por su historia antes de los 65 años; después de esta edad el aumento de la prevalencia no es significativo. Ahora bien, el exceso de peso y las limitaciones de movilidad se acumulan a lo largo de la vida. En las mujeres, la prevención de la IU debe hacerse en la época de la reproducción, en la edad madura y en los años después de la menopausia, cuando tienen mayor riesgo de acumular peso y perder movilidad. Para los varones, los problemas de incontinencia están asociados al número de trastornos crónicos, aunque no disponemos de información detallada que nos permita clasificar los tipos de incontinencia: de esfuerzo, de urgencia, por vejiga hiperactiva o por obstrucción.

La falta de asociación de la IU con la salud percibida y la depresión es consistente con la observación del trabajo de Cabra, donde los autores encuentran una escasa repercusión de la incontinencia en la calidad de vida<sup>17,18</sup>, y lo atribuyeron a una actitud fatalista frente al envejecimiento que puede tener sus raíces en el bajo nivel de instrucción. Se-

gún nuestros datos, aunque ni la sintomatología depresiva ni la percepción de mala salud están asociadas con la IU, se encuentra una asociación entre la escasa actividad social y la IU en los sujetos con buena situación funcional. Esta asociación sugiere que la IU puede llevar a una restricción de las actividades sociales más frecuentes.

Los ejercicios pélvicos, la electroestimulación, las terapias con estrógenos, los fármacos anticolinérgicos<sup>19-21</sup> y el entrenamiento de vejiga son alternativas o complementos al uso de absorbentes<sup>22,23</sup>. Muchos de estos tratamientos podrían ser realizados por el equipo de atención primaria<sup>22-26</sup>. Se ha informado un 70% de mejoría o curación con tratamientos dispensados en el centro de salud: el 20% de las mujeres tratadas recuperó la continencia urinaria y la proporción de mujeres con incontinencia persistente pasó del 64 al 28%<sup>23</sup>. El 16% de las pacientes fueron referidas al especialista<sup>23</sup>.

Si bien los datos de este trabajo fueron recogidos en 1993, no tenemos razones para pensar que la prevalencia de IU o su detección hayan cambiado. Nuestros resultados sugieren que la IU no está bien detectada en Leganés ya que el consumo de diuréticos en las personas con incontinencia es algo superior al de las personas sin incontinencia, lo contrario de lo que sería esperable con una buena práctica. La prescripción de oxibutinina es poco frecuente a pesar de los indicios de efectividad en los pacientes que lo utilizan. La única indicación en adultos de este miorelajante anticolinérgico es la IU de urgencia. En 1993 no estaba disponible la tolterodina, nuevo antagonista de los receptores muscarínicos del músculo detrusor, y la oxibutinina era el fármaco más recomendado. En Cabra se encontró que el coste medio de absorbentes por anciano fue el 49% de lo permitido por la Inspección Sanitaria, hecho consistente con la observación de que sólo uno de cada tres mayores con problemas de IU comunica éstos a los profesionales sanitarios<sup>15,27</sup>. Sabemos que existen problemas de comunicación, los médicos no preguntan y los pacientes no hablan de ello<sup>28</sup>.

La respuesta del 75% (un 82% en la primera entrevista frente a un 91% en la segunda entrevista) puede cuestionar la validez de nuestros resultados. La proporción de respuesta fue más baja en las personas muy mayores, pudiendo subestimarse la prevalencia total. Para valorar la magnitud de este sesgo, hemos estimado la prevalencia esperada en las personas que no han respondido según las prevalencias observadas en los participantes, asumiendo que no existe relación entre la participación en el examen médico y la incontinencia urinaria. Los resultados obtenidos no varían la estimación de la figura 2. Sin embargo, la falta de participación en la encuesta y el examen médico pueden estar relacionados con una mayor comorbilidad y una peor función cognitiva y movilidad del entrevistado, lo que hace plausible la hipótesis de que la prevalencia de incontinencia urinaria sea aún mayor. La validez del presente trabajo se fortalece por el hecho de que los entrevistadores

eran médicos que se identificaban como tales, lo que puede haber facilitado el informe de incontinencia de la persona mayor. En Cabra y Véneto se utilizaron médicos mientras que en Madrid se utilizaron entrevistadores no médicos. Esto pudo originar una infradeclaración diferencial por sexos, que explicaría la similitud de prevalencia entre varones y mujeres.

En conclusión, se documenta una alta prevalencia de IU en los mayores de 65 años que no depende de la edad sino de la comorbilidad, el déficit cognitivo y, en las mujeres, de la obesidad y la falta de movilidad. Este problema podría ser detectado mejor en la atención primaria, ya que a este nivel es al que corresponde su prevención primaria, detección y abordaje terapéutico inicial.

## Bibliografía

1. Diokno AC. Epidemiology of urinary incontinence. *J Gerontol* 2001;56(Suppl A):3M-4M.
2. Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. *Am J Geriatr Soc* 1998; 46:473-80.
3. Payne CK. Epidemiology, pathophysiology and evaluation of urinary incontinence and overactive bladder. *Urology* 1998;51(Suppl 2A):3-10.
4. Maggi S, Minicuci N, Langlois J, Pavan M, Enzi G, Crepaldi G. Prevalence rate of urinary incontinence in community-dwelling elderly individuals: the Veneto Study. *J Gerontol* 2001;56(Suppl A):14M-8M.
5. Ortiz J, Bechich S, Aguas M, Alaez F, Carral E, Sánchez P. Efecto de la incontinencia urinaria y la dependencia para la alimentación en la institucionalización de pacientes geriátricos agudos. *Aten Primaria* 2002;37:75-80.
6. Zunzunegui MV, Llacer A, Béland F. The role of social and psychological resources in the evolution of depression in caregivers. *Can J Aging* 2002;21:357-70.
7. Sánchez González R, Rupérez Cordero O, Delgado Nicolás MA, Mateo Fernández R, Hernando Blázquez MA. Prevalencia de incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años atendida en atención primaria. *Aten Primaria* 1999;24:421-4.
8. Gavira Iglesias FJ, Caridad y Ocerín JM, Pérez del Molino Martín J, Valderrama Gama E, López Pérez M, Romero López M, et al. Prevalence and psychosocial impact of urinary incontinence in older people of a Spanish rural population. *J Gerontology* 2000;55(Suppl A):207M-14M.
9. Damian J, Martín Moreno JM, Lobo F, Bonache J, Cervino J, Redondo-Márquez L, et al. Prevalence of urinary incontinence among older Spanish people living at home. *Eur Urol* 1998; 34:333-8.
10. León V, Zunzunegui MV, Béland F. El diseño y la ejecución de la encuesta «Envejecer en Leganés». *Rev Gerontol* 1995;5:215-31.
11. Zunzunegui MV, Béland F, Gutiérrez-Cuadra P. Loss to follow up in a longitudinal study of a community dwelling elderly population. *J Clin Epidemiol* 2001;54:501-10.
12. Dugan E, Cohen SJ, Bland DR, Preisser JJ, Davis CC, Suggs PK, et al. The association of depressive symptoms and urinary incontinence among older adults. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:413-6.
13. Johnson TM, Kincade JE, Bernard SL, Busby-Whitehead J, Hertz-Picciotto I, Defriese GH. The association of urinary incontinence with poor health rated health. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:693-9.
14. Zunzunegui MV, Gutiérrez CP, Beland F, Del Ser T, Wolfson C. Development of simple cognitive function measures in a community dwelling population of elderly in Spain. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:130-40.
15. Radloff LS. The CES-D scale: a self-reported depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measur* 1977;1:385-401.
16. Nagi, SZ. An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Mem F Quart* 1976;54:439-67.
17. Gavira Iglesias FJ, Pérez del Molino Martín J, Valderrama Gama E, Caridad y Ocerín JM, López Pérez M, Romero López M, et al. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud. *Aten Primaria* 2001;28:97-104.
18. Gavira Iglesias FJ, Caridad y Ocerín JM, Pavón Aranguren MV, Romero López M, López Pérez M. Expectativas del tratamiento de la incontinencia urinaria vistas desde una población de ancianos. *Aten Primaria* 2000;26:482-4.
19. Michel MC, Schneider T, Kregel S, Goepel M. Does gender or age affect the efficacy and safety of tolterodine? *J Urology* 2002;168:1027-31.
20. Kreder K, Mayne C, Jonas U. Long term safety, tolerability and efficacy of extended-release tolterodine in the treatment of overactive bladder. *European Urology* 2002;41:588-95.
21. Vila Colla MA, Benítez Camps M, Aballí Acosta M. Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria. *Jano* 2001;61:60-70.
22. Thakar R, Stanton S. Management of urinary incontinence in women. *BMJ* 2000;321:1326-31.
23. Seim A, Sivertsen B, Eriksen BC, Hunskaar S. Treatment of urinary incontinence in women in general practice. *BMJ* 1996;312:1459-62.
24. Juarranz Sanz M, Terrón Barbosa R, Roca Guardiola M, Soriano Llorca T, Villamor Borrego M, Calvo Alcántara MJ. Tratamiento de la incontinencia urinaria. *Aten Primaria* 2002;30:323-32.
25. Ruiz Cabello C. Valoración de un protocolo de incontinencia urinaria en una consulta de enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica* 2000;10:57-62.
26. Smoger SH, Felice TL, Kloecker GH. Urinary incontinence among male veterans receiving care in primary care clinics. *Ann Intern Med* 2000;132:547-51.
27. Gavira Iglesias FJ, Caridad y Ocerín JM, Pérez del Molino Martín J, Valderrama Gama E, López Pérez M, Romero López M, et al. Uso de accesorios para incontinencia urinaria en los ancianos de la Zona Básica de Salud de Cabra (Córdoba). *Aten Primaria* 2000;25:88-95.
28. Cohen SJ, Robinson D, Dugan E, Howard G, Suggs PK, Pearce KF, et al. Communication between older adults and their physicians about urinary incontinence. *J Gerontol* 1999;54(Suppl A):34M-7M.